



PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O BEZINFEKČNOSTI

Osobní údaje : _____

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození : zdravotní pojišťovna :

Adresa bydliště : PSČ :

Telefon zákonného zástupce/mobil : e-mail :

Termín tábora :

Prohlášení o bezinfekčnosti – **vyplní zákonný zástupce v den nástupu dítěte na tábor** : _____

1. Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. průjmu, horečky). Vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd. a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním, nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti není nařízeno karanténní opatření. Dítě je schopno zúčastnit se táborového pobytu. Nejsou mi známi žádné okolnosti, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho pobyt.
2. Upozorňujeme, že výskyt vši dětské (nebo přítomnost živých či mrtvých hnid) ve vlasovém porostu dítěte je důvodem k vyloučení z tábora, na náklady zákonného zástupce.
3. Dítě neužívá žádné psychotropní a návykové látky a ani je nepřeváží.
4. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.
5. Současně prohlašuji, že je mi známo, že se účastník pobytu řídí táborovým a provozním řádem táborů, se kterým jsem se mohl/a seznámit na www.karatehavirov.cz.

Závazné informace : _____

Důležité sdělení zákonných zástupců dítěte pro výchovného pracovníka nebo zdravotníka :
.....

Léky, které dítě v současné době užívá, musí být podepsány na krabičce uvedeno dávkování a na co léky užívá :
.....

*Dítě bude docházet na PMT samo: NE - ANO v hodin:

*Dítě bude odcházet z PMT samo : NE - ANO v hodin:

*nehodící se škrtně

Potvrzení nesmí být starší než jeden den. _____

Datum a podpis zákonných zástupců